Influenza H1N1 ~ 2009-2010
CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACION

Apellido (de la persona recibiendo la vacuna):		Nombre:		
Dirección:		Ciudad	Estado	Código Postal
Día de Nacimiento:	Edad:	Numero telefónico:		
□ Hombre □ Mujer	Apellido de la madre de soltera (si es menor de 19):	Seguro Social #: (Requerido solo si recibe Medicare/AHCCCS)		

Raza (seleccione solamente una)
□ Hispánico/Latino □ No Hispánico/ Latino

Etnicidad (pueden ser mas de una)
□ Caucásico □ Hispánico/Latino □ Nativo Americano □ Africano Americano
□ Asiático □ Hawaiian/ Pacific Islander □ Otro

Grupo de Prioridad para recibir la Vacuna H1N1 (seleccione solo uno)
□ Mujer embarazada.
□ Personas entre 6 meses y 24 años de edad.
□ Persona quien vive con o cuida a niños menores de 6 meses de edad
□ Personas entre los 25 y 64 años de edad quienes tienen alto riesgo a desordenes de salud novel H1N1 o tienen el sistema inmune comprometido.
□ Todo el personal que trabaja en las areas del cuidado de la salud y servicios de emergencia.
□ Población general, todas edades

¿Ha recibido este individuo la vacuna contra la influenza temporada (la gripe) este año? □ Si □ No
Si lo ha recibido este año, fecha recibido por favor: _____ Tipo de vacunación □ inyección □ atomizador nasal

¿Ha recibido este individio la vacuna contra la influenza H1N1 (porcina) este año? □ Si □ No
Si lo ha recibido este año, fecha recibido por favor: _____ Tipo de vacunación □ inyección □ atomizador nasal

Seguro Medico (por favor acomplete la información)

□ Medicare Part B (Medico)	Nombre del suscriptor	Numero de Identificación	
□ Seguro Medico Secundario (después de Medicare Part B)	Nombre del suscriptor	Numero de Identificación	Número de Grupo
□ Blue Cross Blue Shield of (cheque uno) □ Arizona □ Federal		Numero de Identificación	Group Number
□ AHCCCS (circule el nombre del plan abajo) (Phoenix Health Plan/ Health Choice AZ/ Capstone/ Mercy Care)		Numero de Identificación	

□ Tengo seguro medico adicional

□ No tengo seguro medico

He leído o me han explicado la información contenida en el "Vaccine Information Statements" (VIS) de 2009-2010 acerca de la vacuna contra la influenza H1N1. No estoy enfermo hoy, no tengo una alergia a huevos e anteriormente, no he tenido una reacción negativa a la vacuna contra la influenza. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y han sido contestadas a mi satisfacción. Doy permiso a esta oficina medica a divulgar información acerca de esta vacunación al Sistema de Información de Vacunación del Estado de Arizona (ASIIS), otros proveedores de salud, centro de cuidado de niños y escuelas en orden de evitar vacunaciones innecesarias y para proveer información acerca de cuales vacunas han sido recibidas. Entiendo que no estoy requerido a compartir mi información en orden para recibir la vacuna. (Por favor tache este párrafo si no quiere que esta información sea entrada en el sistema ASIIS.)

Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna contra la influenza H1N1 y pido que se me de la vacuna.

Firma del paciente o padre/guardián	Nombre imprimido	Fecha